



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

20.06.2003

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum Antrag der Abgeordneten Horst Seehofer, Annette Widmann-Mauz, Andreas Storm, weitere Abgeordnete und der Fraktion der CDU/CSU, "Für ein freiheitliches, humanes Gesundheitswesen- Gesundheitspolitik neu denken und gestalten"

- Drucksache 15/1174 -

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat zu dem Gesetzentwurf eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes – Drucksache 15/1170 - eine schriftliche Stellungnahme vorgelegt. Auf dieser Grundlage nimmt sie zu folgenden Inhalten des Antrages „Für ein freiheitliches, humanes Gesundheitswesen – Gesundheitspolitik neu denken und gestalten“ – Drucksache 15/1174 – ergänzend Stellung:

- **Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung,**
- **Stationäre Versorgung,**
- **Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung.**

Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung

Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte ambulante Leistungen

Die DKG begrüßt, dass mit dem vorliegenden Antrag die zur Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung erforderliche Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte ambulante Leistungen unterstützt wird.

Erkrankungen, die einer hochspezialisierten Leistung bedürfen, sind in der Regel komplex und durch eine oder mehrere der folgenden Eigenschaften charakterisiert:

- Chronizität mit abwechselnd ambulanter und stationärer Versorgung;
- Schwere Erkrankungen, deren Behandlung stationär begonnen wurde (z. B. Tumoren, chronische Schmerzen, etc.);
- Aufwändige apparative Diagnostik/Therapie;
- Aufwändige medikamentöse Therapie;
- Interdisziplinäre Behandlungsnotwendigkeit.

Eine fachärztliche ambulante Behandlung am Krankenhaus zeichnet sich durch folgende Vorteile aus:

- Durchgängig abgestimmte Versorgungskonzepte aus einer Hand bei Krankheitsverläufen mit ohnehin häufigen intermittierenden stationären Aufenthalten;
- Qualitätsvorteile des Krankenhauses als Ort des kontinuierlichen medizinischen Fortschrittes;
- Qualitätsvorteile des Krankenhauses bei spezialisierten und/oder seltenen Leistungen;
- Qualitätsvorteile des Krankenhauses bei Leistungen, die interdisziplinäres Handeln erfordern;
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Abstimmungsproblemen bei Diagnostik und Therapie;
- Vorhaltung und effektive Ausnutzung spezifischer medizinischer Geräte;
- Bündelung von fachlicher Expertise in Form von Spezialistenteams z. B. auch bei seltenen Erkrankungen;
- Verbesserung des Gedankens der integrierten Versorgung.

Die DKG hat hierzu bereits erste Vorstellungen zur inhaltlichen Ausgestaltung eines Kataloges hochspezialisierter Leistungen vorgelegt (**Anlage**).

Gerade für hochspezialisierte Leistungen muss aus Sicht der DKG die einheitliche Versorgung aller Versicherten sichergestellt sein. Eine Ausgestaltung dieses Öffnungstatbestands als einen vertragsgebundenen Zulassungsanspruch in einem Einzelvertragssystem – wie im Gesetzentwurf eines GMG vorgesehen - stößt daher auf Bedenken.

Aber auch die in dem Antrag vorgesehene Institutsermächtigung erachtet die DKG nicht für sachgerecht. Eine solche Ermächtigung erfordert einen Beschluss des nach § 95 SGB V zuständigen Zulassungsausschusses. In diesem ist der Krankenhausbereich nicht vertreten. Darüber hinaus ist nach § 95 SGB V die Institutsermächtigung gegenüber der persönlichen Ermächtigung subsidiär zu behandeln.

Die DKG spricht sich demgegenüber dafür aus, die Zulassung der Krankenhäuser für hochspezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen analog § 115 b SGB V auszugestalten. Mit der Einführung und Weiterentwicklung der Regelungen zum ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V sind bereits gesundheitspolitische Ansätze zur wechselseitigen Durchbrechung der strikten Trennung ambulanter und stationärer Leistungsbereiche geschaffen worden. Die Systematik eines gesetzlich verankerten Zulassungsanspruchs sollte für den Bereich hochspezialisierter ambulanter Leistungen weiterentwickelt werden. Auf dieser Grundlage sollen die Selbstverwaltungspartner DKG und GKV-Spitzenverbände zweiseitig vereinbaren, welche hochspezialisierten ambulanten Leistungen von Krankenhäusern als Institutsleistung erbracht werden können, die Anforderungen für die Erbringung der in diesem Katalog aufgeführten hochspezialiserten ambulanten Leistungen sowie deren Vergütung. Eine Konfliktlösung ist entsprechend § 115 b SGB V vorzusehen.

Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen und Integrationsversorgung

Der Antrag spricht sich unter Hinweis auf Erfahrungen in den europäischen Nachbarländern gegen eine weitergehende Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Versorgung aus, weil hierdurch keine Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung erzielt werden könne.

In dem Antrag wird insoweit auf das niederländische Gesundheitssystem abgestellt, das in eine medizinische Grundversorgung durch Hausärzte und eine Organisation der fachärztlichen Versorgung durch Krankenhäuser gegliedert ist.

Es ist jedoch nicht zutreffend, dass dieses System zu Wartelisten geführt habe. Richtig ist vielmehr, dass die Wartelistenproblematik vor allem auf unzureichende Bettenkapazitäten in den niederländischen Krankenhäusern zurückzuführen ist.

Auch wenn der Antrag dem im Gesetzentwurf eines GMG vorgesehenen Einkaufsmodell eine Absage erteilt, ist es nicht nachzuvollziehen, aus welchen Gründen gleichsam auch eine Öffnung der Krankenhäuser im Rahmen einer gewollten und sinnvollen integrierten Versorgung abgelehnt wird.

Sinn einer integrierten Versorgung ist die Überwindung der bisherigen Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche und eine medizinische Orientierung des Leistungsgeschehens. Die Vertragspartner von Integrationsverträgen müssen darüber entscheiden können, wo und von wem welche Leistungen eines konkreten integrierten Versorgungsangebotes insbesondere unter dem Gesichtspunkt von Strukturqualität sinnvoller Weise erbracht werden sollen. Diese Gestaltungsfreiheit erfordert auch die ungehinderte, gesetzlich abgesicherte Möglichkeit, dass Krankenhäuser über ihren Zulassungsstatus hinaus ambulante Leistungen erbringen können.

Das in der Integrationsversorgung vorgesehene Einzelvertragssystem sollte dazu genutzt werden, einen Wettbewerb um das beste Versorgungskonzept in Gang zu setzen. Insoweit werden die im Gesetzentwurf eines GMG beabsichtigten Neuregelungen der §§ 140 a ff SGB V als richtig angesehen.

Demgegenüber sieht der Antrag für Disease-Management-Programme und integrierte Versorgungsformen ein Stufenmodell vor. Aus Sicht der DKG ist dieses Modell in der beabsichtigten Ausgestaltung nicht geeignet, sektorübergreifende Versorgungskonzepte zu fördern. Dies betrifft insbesondere die „zweite Säule“, die kollektivvertragliche Vereinbarungen allein zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen ohne Beteiligung des Krankenhausbereiches vorsieht. Bereits die gegenwärtige gesetzliche Vorgabe von Rahmenvereinbarungen auf Bundesebene (§ 140d und § 140e SGB V) mit unterschiedlichem Rechtscharakter hat die Trennung von vertragsärztlicher und stationärer Versorgung faktisch weiter aufrechterhalten. Aufgrund der für Vertragsärzte unmittelbar rechtsverbindlichen Rahmenvereinbarung nach § 140d SGB V ist der notwendige Gestaltungsspielraum integrierter Versorgungsformen sinnwidrig eingeschränkt worden.

Stationäre Versorgung

Krankenhausplanung

Die DKG begrüßt die Auffassung, dass auch zukünftig an der Planungskompetenz und Letztverantwortung der Länder festzuhalten ist. Die Weiterentwicklung der bisherigen Krankenhausplanung zu einer Krankenhausrahmenplanung mit Vorgabe von Standorten erachtet die DKG dabei dem Grunde nach als einen Weg in die richtige Richtung.

Allerdings ist aus Sicht der DKG eine Änderung der Krankenhausplanung in einer Phase der Umstellung auf das neue Vergütungssystem verfehlt. Voraussetzung für eine Neugestaltung der Krankenhausplanung ist zudem eine verlässliche und langfristige Planungsgrundlage, die auch die zukünftige Finanzierung der Krankenhäuser regelt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist diese nicht in Sicht. Zur weiteren Begründung verweist die DKG auf ihre Stellungnahme zum Gesetzentwurf eines GMG.

Krankenhauspersonal

In dem Antrag wird zu Recht auf die derzeit nach wie vor ungelöste Problematik der Beschäftigungssituation im Krankenhaus hingewiesen.

Allerdings beinhaltet der Antrag keine Aussagen zur Finanzierung der mit einer Novellierung des Arbeitszeitgesetzes verbundenen Mehrkosten für die Krankenhäuser.

Bereits nach geltender Rechtslage besteht angesichts der BAT-Schere eine massive Finanzierungslücke. Falls das EuGH-Urteil vom 03.10.2000 in Deutschland verpflichtend umzusetzen ist, belaufen sich die damit verbundenen Personalkostensteigerungen nach Ergebnissen einer DKG-Umfrage auf zusätzlich ca. 1,75 Mrd. Euro jährlich.

Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die DKG begrüßt das Ziel der CDU/CSU, **versicherungsfremde Leistungen** künftig aus dem Leistungskatalog der GKV herauszunehmen. Sie vermisst jedoch konkrete Aussagen dazu, welche Leistungen aus Sicht der CDU/CSU darunter zu verstehen sind und wie die hierfür geforderte „sachgerechte Finanzierung“ auszugestalten wäre.

Das Ziel einer **Stabilisierung des GKV-Beitragssatzes auf 13%** ist aus Sicht der DKG abzulehnen. Demographische Entwicklung und medizinisch-technischer Fortschritt werden zu einem wachsenden Bedarf an Gesundheitsleistungen führen. Die Festschreibung des GKV-Beitragssatzes wäre vor diesem Hintergrund nur möglich, wenn weitere Leistungen aus der GKV ausgegrenzt oder rationiert würden. Beides widerspricht dem Ziel einer bedarfsorientierten Versorgung.

Anstelle einer Stabilisierung des GKV-Beitragssatzes ist vielmehr dringend eine **nachhaltige Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV** erforderlich, die diese unabhängiger von Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt und der Alterung der Bevölkerung macht. Ähnlich wie der Entwurf der Regierungskoalition enthält das Konzept der Union hierzu jedoch keinerlei Vorstellungen. Aus Sicht der DKG bedarf es dieser nachhaltigen Reform jedoch unbedingt, um eine wachsende Beitragsbelastung von Arbeitgebern und Erwerbstätigen zu verhindern. Die DKG fordert deshalb entweder die Entscheidung für eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage unter Ausweitung des Kreises der Versicherungspflichtigen oder für ein Kopfprämienmodell. In diesem Zusammenhang wird auf die Vorschläge in den DKG-Grundsatzpositionen zur Reform des Gesundheitswesens verwiesen.

Das Konzept von CDU/CSU sieht eine **pauschale Selbstbeteiligung** in Höhe von 10% für alle Leistungen vor. Damit würden künftig Kranke deutlich stärker belastet, während Gesunde entlastet würden. Aus Sicht der DKG kann dies zur finanziellen Überforderung von Versicherten führen; ob die angestrebte Steuerungswirkung eintritt, ist hingegen fraglich. Vielmehr besteht bei einer entsprechend undifferenzierten Selbstbeteiligung die Gefahr, dass die Inanspruchnahme medizinisch notwendiger Leistungen behindert wird.